

5.5 Aufklärungsgespräche in der Praxis

Der „Aushandlungsprozess“ in Bezug auf die Therapie findet bei den stationär aufgenommenen, neu erkrankten Brustkrebspatientinnen während des Aufklärungsgesprächs mit dem Oberarzt statt. Hier wird das weitere Vorgehen, meist der operative Eingriff, besprochen. Deshalb stand zunächst die Auswertung dieser Interaktion zwischen Arzt und Patientin im Zentrum der qualitativen Studie. Dies bildete sozusagen den Referenzpunkt für die weitere Untersuchung (Interviews mit Betroffenen, Ärzten und Experten). Die Datenbasis beruht auf zwölf Videoaufzeichnungen, wovon sechs vollständig transkribiert wurden. Zusätzlich nahm ich an einer Vielzahl von Aufklärungsgesprächen auf Station teil, was mir einen relativ guten Einblick in die Aufklärungskultur bot. Das Verstehen innerhalb der Interviews wurde durch diese Praxiserfahrung erleichtert. Hätte ich als Zugangsquelle nur die Interviews der Betroffenen und der Ärzte gehabt, wäre es mir unter Umständen schwerer gefallen, ein Bild der konkreten Entscheidungssituationen zu entwickeln. Für die Analyse waren beide Zugänge wichtig, die subjektive Erzählung, die die Wahrnehmung der Beteiligten widerspiegelt, und die Beobachtung des Zusammenspiels von Professionellen und Patientinnen innerhalb der Institution.

Im Folgenden werden zunächst allgemeine Aussagen zu den Aufklärungsgesprächen dargestellt. Anschließend wird ein Gespräch detailliert ausgewertet, um einen Eindruck vom qualitativen Vorgehen und der Auswertung der Beobachtungen zu vermitteln.

Operative und therapeutische Entscheidungen werden also im untersuchten Feld mit den Patientinnen innerhalb so genannter Aufklärungsgespräche getroffen. Zusammen mit einem erhärteten Verdacht, einer Diagnosesicherung oder dem Mitteilen des endgültigen Befundes (Histologie) sollen hierbei die weiteren Untersuchungen und Behandlungen mitgeteilt und besprochen werden. Die Verbindung von Diagnosestellung und Mitteilung der Behandlungsmöglichkeiten gilt derzeit in der psychoonkologischen Forschung als bestmögliches Vorgehen (Schuhmacher et al., 2005; Holland, 1989). In meiner Befragung äußerten sich die Betroffenen ähnlich dazu, sie fanden es hilfreicher, wenn mit der Diagnosestellung gleichzeitig auch die Möglichkeiten zur Therapie erläutert wurden. Dieses idealtypische Vorgehen kann jedoch in der Praxis nicht immer durchgeführt werden. Aufgrund der Erkrankung kann in der Aufklärung während der Diagnosephase nur jeweils der nächste Schritt mit Gewissheit gegeben werden (siehe Kap. 3.4). Zudem kommt es durch die starke medizinische Separierung der Bereiche Diagnosestellung (Radiologie) und Therapie (Gynäkologie, Onkologie) häufig zu einer zeitlichen, räumlichen und personellen Trennung in der Darstellung des Befundes und der jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten.

Ein weiteres Kennzeichen ist, dass es sich nicht um ein einzelnes Aufklärungsgespräch handelt, sondern dass gerade innerhalb der Diagnosestellung ein Aufklärungsprozess stattfindet. Kirschning spricht dabei von einem „Aneignungsprozess“ und schreibt dazu: „Die Vorstellung, die Diagnose sei ein einmaliger und quasi hoheitlicher Akt der Urteilsverkündung durch die Ärztin oder den Arzt, kommt einer Mythologisierung ärztlichen Handelns gleich. Ein Mythos erzählt einen Ausschnitt sozialen Lebens auf seine Weise [...]. Er lässt sich nicht auflösen, ihn hält keine überprüfbare Argumentation aufrecht. Deshalb kann ein My-

thos nicht argumentativ widerlegt werden und besitzt stabile Existenz. Die einzige Möglichkeit, seine Wirksamkeit zu verringern, besteht darin, sein Thema in veränderter Form darzustellen“ (Kirschning, 2001, S.9). Diese Darstellungsveränderung unternimmt sie in ihrer Studie, indem sie die Aufklärungsgespräche als Prozess beschreibt, der nicht allein durch die Ärzte vermittelt, sondern gleichermaßen von den Patientinnen in Form von Aneignungsarbeit interaktiv hergestellt wird. Auch Holmberg beschreibt diesen Prozess deutlich, wie beispielsweise die Sprechstunde einen Ort des Übergangs von Gesundheit zu Krankheit darstellt. Dabei wird die Diagnose Brustkrebs von den Akteuren innerhalb einer sozialen Interaktion ausgehandelt (Holmberg, 2005). Diese Studien betonen somit die Rollen beider Interaktionspartner, die wichtig sind, um eine Diagnose, eine Krankheit oder einen Befund zu konzeptionalisieren.

In den von uns gefilmten Aufklärungsgesprächen hingegen wird der „Mythos“ einer Einweg-Kommunikation meistens aufrechterhalten und nur durch einzelne Gesprächssequenzen durchbrochen. So besteht der größte Teil der Aufklärung in einer Erklärung seitens des Arztes, der der Patientin den Befund oder die Behandlungen mitteilt und erläutert. Diese Form der Aufklärung nimmt eine Form der Belehrung an (Klein, 2006): der Arzt spricht und die Patientin hört zu. Fragen und Antworten der Patientin dienen der Informationssammlung des Arztes. Klein weist auf die Nähe zu „institutionalisierten Unterweisungssituationen“ hin, in denen „in aller Regel eine Person das Recht [hat], darüber zu entscheiden, wer wann wieviel über was reden darf. Wer der Lehrende ist und wer der oder die Lernenden sind, wird von vorneherein durch soziale Rollen bestimmt. Wir haben es hier mit hierarchisch vorstrukturierten Interaktionssituationen zu tun, in denen qua institutionellem Rahmen auch die jeweils relevanten sozialen Identitäten vorgegeben sind und damit auch ein spezifisches Interaktionsmuster für die Handelnden prädeterniniert ist“ (Keppler, 1989, S.540, zitiert nach Klein, 2006, S.41).

5.5.1 Zeitpunkt der Aufklärung

Bevor im Folgenden ein Aufklärungsgespräch detailliert dargestellt werden soll, stellt sich die Frage: Zu welchem Zeitpunkt ist eine Aufklärung sinnvoll? Zu einer gemeinsamen Therapieplanung mit der Patientin wäre eine Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten und Befund vor dem ersten Eingriff sinnvoll, denn da werden die Weichen für die weitere Therapie gestellt. Dies ist aber medizinisch nur bedingt durchführbar. Wichtige Kennwerte, die zur Prognose und zur Planung der weiteren Therapie benötigt werden (beispielsweise die Klassifikation betroffener Lymphknoten), können erst nach der Untersuchung des Pathologen vorliegen, das heißt, nach dem operativen Eingriff. Solange der endgültige Befund nicht vorliegt, befindet sich jegliche Aufklärung in einem Möglichkeitsraum, der Ungewissheiten beinhaltet. Zum Einordnen der individuellen Situation brauchen die Patientin und der Arzt jedoch diese Kennwerte.

Informationssuche und Aufklärung sind in der Diagnosephase somit ein wechselseitiger Prozess. Schwierig gestaltet sich der jeweilige Zeitpunkt des Informationsaustausches. Wie dies von den Betroffenen empfunden wird, soll hier an zwei Haltungen veranschaulicht werden:

Beispiel A

Was natürlich jetzt so ein bisschen in der Luft hängt, das, was jetzt danach kommt, weil, aber das wissen ja die Ärzte auch nicht. Die wissen ja, die Therapie kennen sie ja noch nicht, weil die ja das Ergebnis noch nicht haben. Und ohne Ergebnis hängen wir jetzt im Grunde in der Luft. Jetzt kann es sein, mal rein theoretisch, ich bräuchte vielleicht gar nicht Chemie, weil die beiden Lymphen nicht befallen sind, dass ich nur Strahlen bekomme, aber das wissen die auch nicht. Also, die würden, glaube ich, damit den Patienten nur noch verunsichern, wenn die alle Möglichkeiten aufzeichnen würden, die es gäbe. Also sagen sie diesbezüglich wahrscheinlich erst einmal kaum etwas und sagen nachher: ‚Okay, das ist das Resultat und das und das müssen wir machen.‘ (Frau Mann, B9, 207-223)

Und ich weiß nicht, ob man damit die Patienten erschrecken soll und ihnen schon gleich den worst case mitteilen oder sagen. Und dann wird es nachher besser oder so. Ich weiß nicht, ob das gut ist, ich mein, ich weiß nicht, ob mich das stören würde, das könnt ich jetzt gar nicht so sagen. (Frau Mann, B9, 267-274)

Beispiel B

P.: Ja, ich sehe eigentlich schon nur Vorteile [an der Patientenbeteiligung, A.d.V.], denn ich weiß zwar nicht, wie das jetzt weitergeht, das ist halt auch wieder meine Schwierigkeit: Es also ist morgen oder übermorgen eben ein großes Gespräch, wo die mir erzählen, wie oft ich zur Bestrahlung muss oder was auch immer – ich weiß es ja nicht. Und insofern würde ich mir wünschen, ein bisschen früher miteinbezogen zu werden, dass mal fragen kann: ‚Ist das jetzt schon bekannt oder abzusehen?‘ (Frau Lachmann, B4, 254-260)

I.: Also, Sie wünschen sich schon, Bescheid zu wissen, also so aufgeklärt zu werden und das zu wissen, was da kommt.

P.: Ja! Und zwar ein bisschen früher immer. Das kommt mir alles ein bisschen spät. ‚Jetzt machen wir die Operation, dann schauen wir mal weiter.‘ Und dann übermorgen: ‚Ja, dann reden wir mal.‘ Und man ist natürlich da unruhig, was auf einen wohl da zukommt, und das ist für mich die Schwierigkeit.

(Frau Lachmann, B4, 289-304)

Beide Haltungen, nämlich dass (1.) die Diagnosestellung ein Prozess ist, weshalb jeweils nur der nächste Schritt erläutert werden kann und die Patientin nicht durch eine voreilige Aufklärung beunruhigt werden sollte, sowie (2.) dass man lieber einen Gesamtüberblick erhalten würde und eine bruchstückhafte Aufklärung die Befragten eher verunsichert, fanden sich nicht nur bei unterschiedlichen Patientinnen, sondern waren auch innerhalb ein und desselben Interviews vorzufinden. Das weist darauf hin, dass der Wunsch nach Aufklärung eine ambivalente Reaktion oder Aktion der Betroffenen darstellt. Die Auseinandersetzung mit Informationen bewegt sich stets im Spannungsfeld zwischen Beruhigung und Beunruhigung (vgl. Kapitel 5.3.1). In der Diagnosephase kommt erschwerend hinzu, dass die Aufklärung den richtigen Zeitpunkt finden muss zwischen zu früher und zu später Aufklärung.

Der Aufklärungsprozess pendelt also stets zwischen einer zu frühen Aufklärung, dem „Informieren unter Vorbehalt“ mit einer eventuell damit einhergehenden (unnötigen) Verunsicherung der Patientin, und einer zu späten Aufklärung, einer so genannten „bruchstückhaften Aufklärung“, in welcher der Patientin jeweils nur der folgende Behandlungsschritt erläutert wird. Beide Konstellationen können von den Betroffenen negativ erlebt werden und fordern

die Aufklärer damit in besonderer Weise heraus. Diese Situation sollte den Betroffenen mitgeteilt werden, da sie ansonsten das Vorpreschen oder die Zurückhaltung des Arztes nur schwer verstehen können.

5.5.2 Bruchstückhafte Aufklärung

P.: Es war am Dienstag, am Tag vor der Einweisung, wo wir das Ergebnis schwarz auf weiß hatten, also dass es Brustkrebs ist, da waren mir die Alternativen nicht gegeben, nicht gezeigt worden, und ...

I.: Wer hat Ihnen das dann gezeigt letztendlich?

P.: Dr. Bulert [Radiologe] hat es mir gesagt. Aber eigentlich auch nur, als ich sie gefragt habe: Ist es jetzt Krebs oder nicht? Ich hab nachher den Bericht gelesen. Und da hat die erst mal ja gesagt, obwohl sie es die ganze Zeit schon eigentlich vom Gefühl aus wusste. Und dann aber am Mittwoch hat sie das, da bin ich umfassend informiert worden.

I.: An diesem Tag vor der Operation dann?

P.: Ja, also an dem Einweisungstag, wo ich stationär war.
(Frau Mensinger, B19, 134-149)

Brustkrebs wird von unterschiedlichen Fachdisziplinen diagnostiziert und therapiert. In der Diagnosephase wird die Patientin von mindestens drei verschiedenen Ärzten (niedergelassener Gynäkologe, Radiologe, Operateur) untersucht. Solange die Diagnose noch nicht feststeht, wird die Aufklärung häufig dem nächsten Arzt überlassen. Die Betroffenen empfanden gerade die fehlende Aufklärung nach der Diagnosesicherung bzw. dem erhärteten Verdacht beim Radiologen als Belastung. Wird hingegen die Diagnose zusammen mit den anschließenden Behandlungsschritten vermittelt, kann dies die Patientin auf den Ablauf vorbereiten bzw. ihr Hoffnung vermitteln.

Ja, dann ist es schon egal. Ob ich dann bloß weiß, dass ich Brustkrebs habe, oder ob ich dann noch erfahre, welche Möglichkeiten es gibt, die mir dann vielleicht helfen.

(Frau Windrich, B1, 419-421)

Es gibt heutzutage schon so viele Mittel. Man kann, mit einer guten Chemo kann man da helfen und dann nur leichte Bestrahlung und dann sind die Chancen sehr groß. So was kann man doch sagen, den Patienten ein bisschen Mut machen. Und nicht einfach sagen, jetzt muss man das auch noch machen. Und jetzt kommt das auch noch. Einfach sagen, dass es Möglichkeiten gibt, die auch helfen, und vielleicht auch, was er für Erfahrungen mit Patienten gemacht hat, die vielleicht schon Jahrzehnte das überstanden haben.

(Frau Windrich, B1, 511-523)

Und erst hier, als ich dann hier in die Klinik gekommen bin, hat mir dann der Stationsarzt gesagt, das ist überhaupt nicht schlimm – im ersten Moment. Ich meine, dass da noch was Schlimmes kommen kann. Ich hab ihm dann auch gesagt – er hat mich gefragt: ‚Warum sind Sie so aufgeregt, so verzweifelt?‘ Hab ich ihm gesagt: ‚Ich will nicht sterben jetzt!‘ Da sagt er: ‚Also, davon ist doch keine Rede!‘ So ungefähr: ‚Das schlagen Sie sich mal aus dem Kopf. Das operieren wir und behandeln es und dann ist es vorbei.‘ So hat er mir das gesagt. Und diese Information, die hab ich halt erst nach zehn Tagen bekommen, und das war das Schlimme. (Frau Lachmann, B4, 79-93)

Der Grund dieser bruchstückhaften Aufklärung liegt meist in der Annahme, durch eine vor-eilige Aufklärung die Patientin unnötig zu verunsichern. Gleichsam als wollte der Arzt anderen Fachdisziplinen nicht vorgreifen, wobei hier die Erfahrungen differieren. Manche Patientinnen wurden schon vor der Einweisung recht gut von niedergelassenen Ärzten aufgeklärt, aber es ist keine Ausnahme, wenn Patientinnen erst am Tag vor der OP von den unterschiedlichen Therapieoptionen erfahren.

Wird die Aufklärung nur schrittweise vollzogen, das heißt, nach jeder neuen Befundlage der nächste Behandlungsschritt mitgeteilt, erhält die Patientin keinen Gesamtüberblick der Therapie, was auf einige der Befragten verunsichernd wirkte.

Ja, da war ich jedes Mal entsetzt, oh Gott, das jetzt auch noch. Erst die Chemo noch und dann auch noch Bestrahlung. Da hab ich mir gedacht, was kommt jetzt noch alles. Und dann wie das alles vorbei war, dann hat mir der Arzt gesagt, jetzt nehmen Sie zwei Jahre die FFF [Medikament] – das sind Antihormone – was, das muss ich jetzt auch noch machen? Ja, zwei Jahre, damit Sie sicher sind. Zwei Jahre sind jetzt aber vorbei, nehmen Sie es weiter, es ist ja gut für Sie. Na gut, jetzt nehme ich es halt.
(Frau Windrich, B1, 311-321)

[...] weil ich jedes Mal gedacht habe: Jetzt ist vorbei. Und dann ist immer wieder was gekommen. Also wenn ich das alles gewusst hätte vorher – na gut, es gibt leichtere und schwierigere, die man halt schlechter verträgt – und Sie haben das nicht ganz so schlimm, dann kann man sich bisschen einstellen. Und jedes Mal, wenn ich erfahren habe, jetzt ist es rum. Und dann bin ich froh, dass es rum ist, und dann das auch noch. Schrecklich.
(Frau Windrich, B1, 404-414)

Er schickt mich dann zum Onkologen. Und wie ich dann dort war, wäre ich eigentlich schon froh gewesen, wenn er mir gesagt hätte, na gut, jetzt machen wir die Chemo, das hilft Ihnen, das ist nicht gar so schlimm und dann vielleicht noch Bestrahlungen. Wenn ich das alles vorher schon gewusst hätte, hätte ich mich drauf einstellen können. Aber so, das war einfach ... weil kein Ende war. Das Problem dabei, man fühlt sich dann immer so krank, jetzt musst du das auch noch machen. Jetzt ist es auch noch notwendig.
(Frau Windrich, B1, 485-497)

Die bruchstückhafte Aufklärung ist zunächst eine kurzfristige Schonung für die Patientin. Insgesamt empfindet Frau Windrich aber durch das „Nachschieben“ von Behandlungsschritten ihren Brustkrebs als besonders bedrohlich. Sie erhält keinen Gesamtüberblick, sondern immer nur einen Ausschnitt der nächsten geplanten Therapie. Erst im Laufe der Erkrankung (drei Jahre) und durch den Austausch in einer Selbsthilfegruppe versteht sie, dass diese Behandlung alle Bestandteile der Brustkrebsbehandlung beinhaltet und dass ihre Erkrankung keinen außergewöhnlichen Fall darstellt. Die vorläufige Beruhigung bei der bruchstückhaften Aufklärung wird also mit späterer Verwirrung und zunehmender Beunruhigung der Patientin bezahlt.

5.5.3 Analyse eines Aufklärungsgesprächs

Um einen konkreten Eindruck vom Ablauf eines typischen Aufklärungsgesprächs in der alltäglichen Praxis zu geben und um unsere Arbeit im Rahmen der Studie darzustellen, wird im Folgenden eine unserer Videoaufzeichnungen detailliert analysiert. Es handelt sich dabei um die dritte Filmaufnahme (Cap3), die kein OP-Aufklärungsgespräch wiedergibt, sondern ein weiteres diagnostisches Vorgehen mit der Patientin abklären soll. Zu Beginn der Studie wurde im Regelfall bei einem begründeten Verdacht aufgrund der Mammografiebilder eine operative Gewebeentnahme mit Schnellschnitt durchgeführt (siehe Kap. 3.2.3). Dieses Vorgehen ist mittlerweile zugunsten eines minimal-invasiven Eingriffs zur Gewebeprobeentnahme mittels einer Vakuumanstanz verändert worden. Bei so genannten „unklaren“ Befunden wurde aber auch damals schon im Vorfeld einer Operation den Patientinnen eine Gewebeprobeentnahme per Vakuumanstanz angeboten.

Frau Nowack wurde an die gynäkologische Abteilung weiterverwiesen, da sie den Radiologen gegenüber eine Vakuumanstanz ablehnte. In ihrer Akte war ein Verweis darüber. Der Auftrag des Arztes war somit implizit, die Patientin nochmals von dem minimal-invasiven Eingriff zu überzeugen und auf die Risiken einer operativen Gewebeprobeentnahme hinzuweisen. Oberarzt Bollmann übernahm dieses Gespräch, er selbst würde in diesem Fall eine Vakuumanstanz der Operation vorziehen. Das Paradoxe in dieser Konstellation ist, dass ein Operateur die Patientin von einem operativen Eingriff abbringen und sie zurück zu den Radiologen verweisen will.

Zwei Themenbereiche stechen in diesem Aufklärungsgespräch hervor: zum einen die Überzeugungsarbeit des Arztes für eine Methode, zum anderen das Aushandeln eines unklaren Befundes.

Zu Beginn die Beschreibung der Gesprächssituation: Im Raum befinden sich die Patientin (Frau Nowack), drei Stationsärzte, der Oberarzt und ich als Kamerafrau. Zwischendrin kommt einmal eine Schwester ins Zimmer und einmal der Chefarzt. Zum Ende des Gesprächs klingelt das Telefon. Der Oberarzt und die Patientin sitzen beide vor dem Schreibtisch, er sitzt der Patientin gegenüber, sie schaut zur Kamera, die drei Stationsärzte, die auch zuschauen, sitzen beziehungsweise stehen hinter dem Schreibtisch. Hinter dem Schreibtisch steht auch die Kamera auf einem Schreibregal, ich stehe neben der Kamera. Das Aufklärungsgespräch dauert zwölf Minuten.

Die Aufzeichnung beginnt nach einigen Sätzen, die Arzt und Patientin gewechselt haben. Die Patientin macht zu Beginn einen Witz und nimmt damit die Spannung aus der Situation (resultierend aus unklarem Befund und der Videoaufzeichnung). Der Arzt beginnt mit einer offenen Frage: „Und haben die Ihnen jetzt letztendlich gesagt, warum Sie zu uns geschickt werden, was sie, was anders ist, Frau Nowack?“ (A., Z.7-8)

Hier versucht der Arzt zu Beginn herauszufinden, was die Patientin über ihre bisherige Diagnose weiß, um an diesem Vorwissen der Patientin anzuknüpfen. Diese offene Frage soll die Patientin einladen, aus ihrer Sicht die „Sachlage“ zu beschreiben. Eine offene Frage zu Beginn ist ein Mittel einer patientenzentrierten Gesprächsführung. Doch gestaltet sich dieser Zugang im weiteren Vorgehen als problematisch. Zum einen liegt ja noch keine „Sachlage“

vor, wie später noch berichtet wird, und zum zweiten ist dieser offene Zugang nur vorgepielt, da der Oberarzt bereits durch die Hinweise in der Akte eine spezifische Sichtweise der Radiologen erhalten hatte. Die offene Herangehensweise bricht dann auch im weiteren Gespräch zusammen, nachdem die Patientin aus Sicht des Arztes die Gründe für ihr Aufklärungsgespräch nicht benennen kann. Der Arzt erhofft sich mit der offenen Frage, das beschriebene Problem der Radiologen aus Sicht der Patientin geschildert zu bekommen. Diese Erwartung wird enttäuscht, indem die Patientin nicht beantwortet, „warum oder was sie hierher geführt hat“, sondern „wie“ sie hierher gekommen ist. Die Patientin schildert den Weg von den unterschiedlichen Mammografieuntersuchungen, die sie letztlich hierher geführt haben. Dabei betont sie, wie zufrieden sie bislang mit dem Krankenhaus war, und versucht so den guten Kontakt mit der Institution und dem Arzt herzustellen. Der Arzt freut sich kurz mit der Bemerkung: „Wunderbar, o.k. Und haben die Ihnen gesagt, was es sein könnte oder was, was auffällig ist?“ (A., Z.21). Hier wird zu Beginn schon die innere Unruhe des Arztes sichtbar. Auch wenn er anfangs versucht, sich auf die „Sichtweise“ der Patientin einzulassen, soll diese doch schnell zu einem Ergebnis führen. Was dabei als „richtige“ Antwort gilt, ist die Antwort, die das Gespräch in seinem Sinne schneller voranbringt. Das Geben von Informationen seitens der Patientin dient nicht dazu, die Sicht der Patientin zu verstehen, sondern die Sichtweise des Arztes zu ergänzen.

Frau Nowack hingegen nützte die offene Frage zur Klärung der persönlichen Beziehung zur Institution und um diese im Gespräch mit dem Arzt zu vertiefen. Sie ist um einen guten Kontakt zum Oberarzt bemüht, und dies gelingt ihr auch. Der Arzt findet die Patientin sympathisch und lacht über ihre eingespielten Witze. Mittels dieser Witze versucht Frau Nowack Spannungen abzubauen. Witzige Bemerkungen oder ein Lachen setzt sie ein, wenn das Thema für sie sehr belastend wird oder wenn sie mit etwas nicht einverstanden ist. So zum Beispiel, als der Arzt sie mitten im Gespräch körperlich untersuchen möchte:

A.: Wenn ich's einmal nochmal selber tasten darf, wenn Sie sich oben nochmal freimachen?

P.: Wie oft hab ich das heut schon gemacht, da bräuchte man einen Klettverschluss. [lacht]

A.: Na, so ein Klettverschluss haben Sie nicht? [lacht]

(Z.45-47)

Mit der Frage: „...o.k. Und haben die Ihnen gesagt, was es sein könnte oder was, was auffällig ist?“ (A., Z.21) konkretisiert der Arzt seine Frage vom Beginn nochmals und zeigt damit, dass er mit der Antwort der Patientin noch nicht zufrieden ist. Dabei spricht er schnell und sitzt unruhig auf seinem Stuhl. Diese Unruhe hat zweierlei Gründe: erstens kennt er durch die Akte bereits die „Geschichte“, und dadurch wird seine offene Frage zu einer Suggestivfrage, die die Patientin aber nicht in seinem Sinne beantwortet: ihren Konflikt in Bezug auf die Vakuumstanze noch einmal zu wiederholen. Hier kann man davon ausgehen, dass die Patientin der Ansicht ist, das Thema sei erledigt, und sie werde nun einen operativen Eingriff erhalten. Zweitens kann der Oberarzt während eines Aufklärungsgesprächs mit der Patientin stets gestört werden, das heißt, wenn es Probleme im OP gibt, wird eventuell der Oberarzt verständigt und er muss das Gespräch unter- oder abbrechen. Vor der Tür warten meist noch viele weitere Patientinnen auf ihr Gespräch, es herrscht ein ständiger Zeitdruck. Alle Patientinnen, die am nächsten Tag operiert werden, müssen zuvor ein Oberarztgespräch erhalten. Hier jedoch sitzt eine Patientin, die für den Oberarzt ein Zusatzgespräch bedeutet, denn

wenn es nach seiner Überzeugung ginge, würde sie wieder an die radiologische Abteilung verwiesen und eine Vakuumstanze erhalten. Vielleicht wird diese ungünstige Konstellation dem Oberarzt gerade erst klar. Die Rolle des „Überzeugers“, die er übernommen hat, bedeutet zusätzliche Arbeit, Arbeit, die von der anderen Abteilung nicht ausreichend durchgeführt wurde. Es ist ein Freundschaftsdienst unter Kollegen zwischen verschiedenen Abteilungen. Jetzt wird dem Arzt jedoch klar, dass die „Aufklärungsarbeit“ von der anderen Abteilung in seinem Sinne schlecht vorbereitet worden ist.

Die Patientin scheint noch wenig darüber zu wissen, was genau auf der Mammografie zu sehen ist – das wäre eigentlich die Aufgabe der Radiologie gewesen. Die Radiologen, die meist die ersten Übermittler eines auffälligen Befundes sind, verweisen zur weiteren Aufklärung an die Gynäkologen, Chirurgen oder Onkologen. Die Trennung zwischen Diagnose und Therapie zeigt sich nach heutigen Erkenntnissen als ungünstig. Besser ist das Vorgehen, die Diagnose zusammen mit den Behandlungsmöglichkeiten zu erklären. Doch das lässt sich in der Praxis in dieser Weise meist nicht realisieren. Zum einen, da es wie bei Frau Nowack unklare Befunde gibt, die zur weiteren Abklärung erst einmal abgesichert werden müssen, und zum anderen, da die Radiologen sich mit der Therapie des Brustkrebses nicht genügend auskennen. Die zunehmende Spezialisierung der Ärzte und der Abteilungen trennt Diagnose und Therapie bei einer Brustkrebserkrankung voneinander. Diese Entwicklung führte zu großem bereichsspezifischen Wissen und hoher Kompetenz, erzeugt aber Probleme mit der nötigen Kommunikation unter den Abteilungen. Diese Probleme waren der Grund für die Implementierung so genannter Brustzentren, die die Zusammenarbeit und den Austausch der beteiligten Abteilungen wiederherstellen sollen.

Frau Nowack antwortet auf die Frage des Arztes: „Ja, es hat sich, es ... dass kein Knoten“ (P., Z.22). Das heißt, Frau Nowack kann nicht erklären, was sich verändert hat, diesen Punkt hat sie nicht verstanden. Auch später betont die Patientin erneut, dass sie nicht versteht, warum sie plötzlich eine Gewebeprobeentnahme benötigen soll, denn für sie hat sich nichts verändert. Die wesentliche Information für die Patientin war, keinen Knoten in der Brust zu haben. Diese Information hat sie behalten und wiederholt sie gegenüber dem Arzt. Sie weiß, was es nicht ist. Was es ist, weiß sie nicht. Dieses Nichtverstehen begründet sich in diesem Fall weniger mit der Aufnahmefähigkeit der Patientin als vielmehr mit der unerklärlichen Befundlage. Der Arzt quittiert diese Aussage mit: „mhm“ (A., Z. 23). Er zeigt damit an, dass er mit der Aussage der Patientin immer noch nicht zufrieden ist. Dies zeigt auch sein Gesichtsausdruck, den die Patientin richtig deutet und nachschiebt: „... und zwar, dass sich einfach an der linken Seite unten, glaube ich, was verändert hat“ (P., Z.24). Mit der Wiederholung „was sich verändert hat“ versucht sie zu zeigen, dass sie den Arzt in seiner Frage verstanden hat, aber konkreter als eine Ortsangabe kann sie keine weiteren Informationen geben. Der Arzt ist weiterhin unzufrieden, und seine Ungeduld wird offensichtlich. Sein Unmut gilt weniger der Patientin als vielmehr der ungenügenden Vorbereitung. Er sieht sich in der Pflicht, jetzt der Patientin Grundsätzliches über eine Mammographie und ihren „Befund“ mitzuteilen. Dass er über diese Zusatzaufgabe nicht erfreut ist, lässt ein starkes Ausatmen vermuten. Er beginnt:

A.: Ok, warum man eigentlich zur Mammographie geht, Sie haben so ein bisschen Mikrokalk. Es gibt verschiedene, es sind so Mikrokalkspritzer, wie man sich das vorstellt, und es gibt verschiedene Arten von Mikrokalkspritzer. Die einen sind gruppiert, die einen sind a bissel einzelständig, das sind einzelne Kalkspritzer, und wenn so ein Kalk mehr wird, dann ist letztendlich irgendwann einmal gefordert, dass man letztendlich nicht nur mit der Mammographie guckt, sondern letztendlich auch Gewebe gewinnt, um zu sehen, ob hinter diesem mehr Mikrokalk ein Beginn oder eine Vorstufe einer bösartigen Erkrankung stehen kann.

P.: Mhm

A.: Häufig ist es nicht so, dass der Mikrokalk letztendlich nicht bedeutet, dass eine bösartige Krankheit entsteht, aber manchmal eben doch, oder nein, oder am häufigsten ist es eigentlich so, dass man eine Vorstufe rechtzeitig erkennt.

P.: Mhm

(Z.25-36)

Der Unmut des Arztes ist einerseits mit der Zusatzaufgabe zu begründen, andererseits erklärt er der Patientin einen „Befund“, den er selbst nicht vorliegen hat, sondern nur aus der Akte erschließen kann. Selbst wenn er anhand der Bilder das Gesagte zeigen könnte, würde der „Befund“ vage bleiben. Mikrokalk gilt je nach Ansiedelung, Ausprägung und Veränderung als Vorstufe zu einer Entwicklung von Brustkrebs. Es kann jedoch im individuellen Fall nicht vorhergesagt werden, ob sich aus dem Mikrokalk zukünftig ein Knoten entwickeln wird.

Brustkrebs ist eine Erkrankung, die meist nicht durch Symptome wie Schmerzen entdeckt wird, sondern durch Tasten und heute mit der Einführung des Mammographie-Screenings¹ durch ein bildgebendes Verfahren. Das bedeutet für die betroffenen Frauen, dass sie sich vor der Entdeckung gesund fühlen und erst mit der Diagnosestellung als krank gelten. Brustkrebs existiert zunächst nur auf einem Bild, für Laien nicht sehbar und nicht spürbar. Die Diagnose Brustkrebs stellt somit in besonderem Maße die Herstellung einer Erkrankung mittels sozialer Interaktion zwischen Mediziner und Patientin dar.

Im Fall von Frau Nowack ist nicht einmal ein manifester Tastbefund nachweisbar. Aufgrund einer Veränderung auf den Mammografiebildern wird vermutet, dass sich etwas entwickeln könnte. Der Arzt konstruiert eine Aufklärungssituation, die in einem Möglichkeitsraum stattfindet. Dass diese Situation der Vermittlung schwierig ist, kann man aus den doppelten Verneinungen des Arztes schließen: „Häufig ist es nicht so, dass der Mikrokalk letztendlich nicht bedeutet, dass eine bösartige Krankheit entsteht, aber manchmal eben doch, oder nein, oder am häufigsten ist es eigentlich so, dass man eine Vorstufe rechtzeitig erkennt.“ (A., Z.32-35). Die Aussage ergibt durch die doppelte Verneinung zunächst keinen – oder den gegenteiligen – Sinn. Dies kann zum einen durch seinen Dialekt bedingt sein, kann aber auch Ausdruck der Ungewissheit sein. Man kann es nicht eindeutig sagen, ob sich eine bösartige Erkrankung entwickeln wird. Neben der Vermittlung einer ungewissen Befundlage wird hier der Patientin eine recht bedrohliche Situation mitgeteilt, „eine bösartige Krankheit“. Der

1 Die Einführung eines flächendeckenden Mammographie-Screenings in Deutschland wird seit Jahren kontrovers diskutiert. Kritiker dieses Programms bemängeln die Zunahme von falsch positiven Befunden, wodurch Frauen verunsichert würden, eine erhöhte Strahlenbelastung und einen früheren Krankheitsbeginn des Brustkrebs ohne eine signifikante Veränderung der Überlebenszeit (Höldke, 2000, 2002, 2003; Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit, 2005).

Arzt führt hier zum ersten Mal die Bedrohung ein. Dieses Vorpreschen mittels Benennung der Bedrohung konterkariert er gleich wieder mit den Worten: „oder nein ...“. Denn er kann ja nicht wissen, ob eine Krebserkrankung entstehen wird, und schwächt die Aussage ab: „... am häufigsten ist es eigentlich so, dass man eine Vorstufe rechtzeitig erkennt.“ Hier hebt der Arzt die Stimme, die Früherkennung einer Vorstufe ist gewiss. Medizinische Studien belegen, dass, je früher der Brustkrebs entdeckt wird, desto höher die Heilungschancen sind. In dieser Aussage fühlt sich der Oberarzt sicher, der Mikrokalk ist bei der Patientin sehr früh entdeckt worden. Holmberg konstatiert dazu: „In der biomedizinischen Logik kann es nur in der Krankheit Sicherheit geben. Nur die Krankheit macht sicher vor bösen Überraschungen“ (Holmberg, 2005, S.96). Auffällige Befunde können erst in der Retrospektive durch das Eintreten von Brustkrebs in einen Zusammenhang gestellt werden. Entsteht kein Brustkrebs, können keine Verbindungen hergestellt werden.

Die Patientin reagiert nach jedem Erklärungsabschnitt mit einem „mhm“. Dadurch lässt sie für den Arzt und für den Zuschauer offen, ob sie das Gesagte versteht und akzeptiert. Auch auf die Einführung der Bedrohung reagiert sie nicht verbal. Der Arzt sieht das als Aufforderung zu weiteren Ausführungen. Für ihn beginnt nun seine eigentliche Aufgabe: die Erklärung der beiden Optionen Vakuumstanze und operative Gewebeprobeentnahme. Er beginnt mit der Erklärung eines operativen Vorgehens. Dass der Oberarzt diesen Weg einschlägt, kann durch die Filmaufnahme bedingt sein. Denn er weiß, dass ein Aufklären nach SDM das Darlegen beider Methoden beinhaltet. In der Folge merkt er jedoch, dass dieser Weg für sein angestrebtes Ziel ungünstig ist. Wieder verbraucht er nach seinem Verständnis zu viel Zeit damit, der Patientin zu erklären, was er medizinisch gesehen als „unsinnig“ ansieht.

A.: Jetzt gibt es zwei Varianten, dieses Thema anzugehen. Sie waren doch heute bei der Frau Dr. Feller.

P.: Mhm

A.: Die hat Ihnen eine Variante genannt, und die andere Variante ist die, wofür wir immerzu da sind, dass letztendlich wir das quasi in Narkose mit einem großen Gewebe herausnehmen. Das eine hat Vorteile und das andere hat Vorteile, aber beide Systeme haben eigentlich auch einen Nachteil. Das was Ihnen die Frau Feller angeboten hat, ist erstens das Modernere und in meinen Augen, wo ich total gerne operiere, das Bessere.

(Z.37-44)

In diesem Abschnitt wird das Vorgespräch und die Aktennotiz deutlich. Die offene Frage zu Beginn zeigt sich hier als Farce. Es gibt bereits Informationen und eine Vorgeschichte. Der Arzt vermittelt hier, auf wessen Seite er als Mediziner steht. Medizinisch betrachtet ist eine Vakuumstanze mit weniger Risiken verbunden als eine Operation. Der Arzt spricht hier im Sinne benevolenter Fürsorge. Da die Patientin die beiden Verfahren nicht kennt, will er ihr als Arzt das in seiner Sicht bessere Verfahren „verkaufen“. Dabei betont er, dass er normalerweise der Operateur ist und mit seiner Empfehlung die Patientin an die andere Abteilung verliert. Damit will er auch zeigen, dass er uneigennützig für das bessere Verfahren plädiert.

Seine Zeitnot und Ungeduld wird durch das Fehlen von Erläuterungen offenbar. Er geht immer noch davon aus, dass die Patientin von Frau Dr. Feller genügend über beide Vorgehensweisen aufgeklärt wurde, trotz eines fehlenden Belegs dafür. Hier ist zu vermuten, dass dem Gespräch ein Telefonat mit Frau Dr. Feller vorausging, in dem sie schilderte, dass sie

bereits sehr ausführlich mit der Patientin über die Vor- und Nachteile der Verfahren gesprochen habe. Die Informationen werden also nicht aus erster Quelle (der Patientin) bezogen, sondern der aufklärende Arzt verlässt sich auf die Vorinformationen einer Kollegin. Ihre Sichtweise des Falles wird hier unhinterfragt übernommen.

Nach dieser Sequenz erfolgt eine körperliche Untersuchung der Brust. Diese ist, wie beschrieben, der Patientin mittlerweile lästig. Nicht nur, weil sie sich vor den vielen Anwesenden und der Kamera ausziehen muss, vielmehr kann man Mikrokalk nicht ertasten. Deshalb bleibt die körperliche Untersuchung auch ohne ärztlichen Kommentar. Warum wird diese dann durchgeführt? Meine Interpretation ist folgende: Das Gespräch findet im Ungewissen statt, die Bilder, die eine Veränderung zeigen könnten, liegen nicht vor, die Vorgeschichte wird in dieser Weise bislang von der Patientin nicht bestätigt, es gibt nichts Konkretes, auf was sich der Arzt stützen kann. Hier greift der Arzt zu einer Untersuchung, er will sich selbst ein Bild verschaffen. Das Abtasten der Brust ist eine gynäkologische Untersuchung, hier befindet er sich auf „heimatlichen Gebiet“, in dem er sich auskennt. Ein tastbarer Befund ist deshalb auch für den Gynäkologen konkreter als eine Mammographie. Hier erwartet der Arzt zwar keinen Tastbefund, aber er will selbst tätig werden, in einer Situation, in der er schon zu lange die Perspektive einer Dritten (Frau Dr. Feller) übernommen hat.

Die Patientin wendet nach der Untersuchung ein: „Aber die Kalkablagerungen habe ich doch schon sehr lange“ (P., Z.54). Hier kommt der erste Einwand und Widerspruch der Patientin. Vielleicht an dieser Stelle, da sie selbst sieht, dass das Abtasten auch keinen „Befund“ erbringt. Sie versteht nicht, warum gerade jetzt der Zeitpunkt sein soll, diese Mikroverkalkungen weiter zu untersuchen. Die Herstellung eines „Befundes“ innerhalb der sozialen Interaktion wird auf Seite der Patientin noch nicht zugelassen. Für sie gibt es keine „Veränderung“, wie sie schon zu Beginn erläutert hat. Kirschning beschreibt dies in ihrer Studie mit dem Aneignungsprozess der Patientinnen in der Diagnosephase (Kirschning, 2001). Eine Befundstellung trifft die Patientin in ihrem „normalen“ Leben. Sie spürt keine Krankheit, keine Schmerzen, keine Beeinträchtigungen und keine Bedrohung. Diese werden erst durch die verdächtigen Bilder in ihr Leben hineingebracht, unter Vermittlung der Mediziner. Dies ist ein Aushandlungsprozess zwischen Arzt und Patientin. Ist die Patientin noch nicht bereit, die Gefahr, die ihr der Mediziner vermitteln möchte, anzuerkennen, ist sie weiterhin in ihrem Sinne gesund. In diesem Kontext ist der folgende Satz der Patientin zu interpretieren: „Und wenn ich jetzt nichts machen lass, was ist dann?“ (P., Z.56). Für Patientinnen, die ihre Erkrankung als Diagnose angenommen haben,² ist der Gedanke, nichts gegen den Brustkrebs zu unternehmen, meist keine Option.³ Für Frau Nowack dagegen schon. Eine Vorstufe zu einer Vorstufe, in der sich eventuell Krebs entwickeln könnte, scheint ihr für einen Eingriff zu wenig an Gewissheit zu bieten. Vor allem, da sie wohl schon länger diesen Mikrokalk aufweist und dieser bisher bei ihr keinen Schaden verursacht hat.

2 Dieser Aneignungsprozess ist bei Kirschning (2001) beschrieben. In der vorliegenden Untersuchung kann man sehr ähnliche Prozesse auffinden. Zum Beispiel, wenn eine Patientin bei der Diagnosestellung gegenüber dem Arzt äußert: „Wenn Sie das sagen.“ Diese Aussage betont, dass die Diagnose und Krankheit für sie selbst nicht spürbar sind. Sie kann allenfalls die Sichtweise des Arzt für sich übernehmen, aber die Krankheit nicht selbst erfahren.

3 Für die untersuchte Gruppe von Patientinnen stellte eine Nichtbehandlung keine Option dar.

Der Arzt erklärt ihr die möglichen Konsequenzen: „Dann kann es eben passieren, dass gar nichts passiert, dass Sie nächstes Mal wieder eine Mammographie erhalten und die sagt, es hat sich schon wieder verändert, Sie sollten doch endlich gehen, oder Sie haben nächstes Jahr eventuell einen Knoten, und der ist dann bösartig.“ (A., Z.57-60) Die Patientin quittiert wieder mit einem unklaren „mhm“, wieder weiß man nicht, ob sie die Erklärung für ausreichend erachtet oder ob dieses „mhm“ eine innere Auseinandersetzung mit der Möglichkeit der Entstehung einer bösartigen Erkrankung widerspiegelt.

Der Arzt führt also weiter aus: „Und die Wahrscheinlichkeit ist nicht wesentlich, aber doch etwas höher, dass da eines Tages ein Knoten da ist, wenn Sie jetzt gar nichts machen, und da wären doch alle Ihre Mammographien, die Sie jemals gemacht haben, alle Ihre Regelmäßigkeit Humbug gewesen, weil Sie ziehen keine Konsequenzen draus“ (A., Z.61-64). Innerhalb des medizinischen Denksystems, das auf einer möglichst frühzeitigen Entdeckung der Erkrankung und auf Risikovermittlung beruht, ist diese Argumentation des Arztes logisch und sinnvoll. Warum sollte man zur Früherkennung gehen, wenn man daraus keine Konsequenzen zieht? Einige der Früherkennungsmaßnahmen geraten aber mittlerweile in die Kritik, wenn es beispielsweise zu wenig evidenzbasierte Behandlungsmaßnahmen gibt. Ähnlich ist eine genetische Beratung für familiären Brust- und Eierstockkrebs einzuordnen. Hier wird zunächst aufgrund einer Familienanamnese eine statistische Wahrscheinlichkeit für eine familiäre Vorbelastung errechnet. Dann kann die Frau sich entscheiden, ob sie sich einer genetischen Untersuchung unterzieht. Dazu wird von ihr und einer Indexpatientin (eine erkrankte Verwandte) eine Blutuntersuchung vorgenommen, um etwaige genetische Veränderungen des BRCA1/2-Gens zu diagnostizieren. Liegt eine genetische Veränderung vor, wird der „Risikopatientin“ mit einer Wahrscheinlichkeitsaussage das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, genannt. Bislang gibt es keine therapeutische Behandlung einer genetischen Veränderung, die Konsequenzen wären stattdessen ein engmaschiges Früherkennungsverfahren, eine präventive systemische Behandlung (Anti-Hormontherapie) oder eine prophylaktische Operation (Vordermaier, 2004b). Bei diesem Vorgehen wird die Vermittlung von Ungewissheit noch ersichtlicher: Eine gesunde Frau wird mittels einer genetischen Untersuchung zunächst zur „Risikopatientin“; begibt sie sich in eine prophylaktische Behandlung, wird sie sogar, ohne tatsächlich erkrankt zu sein, zur Patientin und Betroffenen.⁴

Frau Nowack hat vielleicht diese Folgen bisher noch nicht reflektiert, denn sie gibt zu: „Aha, ah ja, es stimmt, genau“ (P., Z.65). Dieser Gedanke und seine Konsequenz scheinen ihr gerade erst wirklich klar zu werden. Damit wäre ihr bisheriges Verhalten in der Früherkennung völlig unlogisch, wenn sie nun nicht den nächsten Schritt ginge, den verdächtigen Befund histologisch überprüfen zu lassen. Es liegt aber immer noch ein Zögern in ihren Worten, vielleicht das Zögern, ob sie den eingeschlagenen Weg wirklich weitergehen will.

4 Dass Früherkennung und Risikoabklärung nur sinnvoll sind, wenn die Konsequenzen mitbedacht werden, ist ein Ergebnis aus den vorgeburtlichen Vorsorgeuntersuchungen. Frauen über 35 Jahren wird eine Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese) empfohlen. Dieser Eingriff ist mit Risiken für das ungeborene Kind und die Frau verbunden. Deshalb sollte man diesen Eingriff nach heutiger Erkenntnis nur durchführen, wenn man die damit verbundenen Konsequenzen ziehen möchte, was bei einem positiven Befund einen Schwangerschaftsabbruch zur Folge hätte.

Es folgt ein längerer Abschnitt, in dem der Arzt die Gefahren (Narkoserisiko, kosmetische Beeinträchtigung) einer operativen Gewebeentnahme betont, um seine präferierte Methode, die Vakuumstanze, einzuführen. Hier nimmt das Gespräch den Charakter eines Verkaufsgesprächs an. Der Arzt will die Patientin von seiner Vorgehensweise überzeugen. Diese Art der Aufklärung als Überzeugungsarbeit wurde häufiger vorgefunden. Der Arzt ist durch rechtliche Bestimmungen verpflichtet, die Patientin vor einer Behandlung ausreichend über den Eingriff zu informieren und über die Risiken aufzuklären. Hier kommt es zu einer eigenartigen Vermischung von Verantwortlichkeiten: einerseits muss die Patientin, die zu Beginn der Behandlung meist wenig von dem geplanten Eingriff versteht, die Behandlung mit ihrer Einwilligung befürworten und damit auch verantworten; andererseits ist der Arzt, der die Behandlung durchführt, auf diese Erlaubnis angewiesen. Er wird somit natürlich versuchen, der Patientin die Behandlung zu vermitteln, die er verantworten kann und will.

Dabei wird häufig viel Zeit und Mühe auf diese Überzeugungsarbeit verwendet, zum Beispiel, wenn Patientinnen im medizinischen Sinne unlogische Entscheidungen treffen. Ein anderer Fall liegt vor, wenn Ärzte Patientinnen gegenüber hierarchische Entscheidungen innerhalb der Klinik oder Teamentscheidungen verteidigen müssen. Häufig werden bei dieser „Überzeugungsarbeit“ nicht die wirklichen Motive dargelegt. Innerhalb der Interaktion mit der Patientin stellt sich dies als wenig hilfreich dar. Denn eine strategische Überzeugungsarbeit kostet Zeit und verhindert eine ehrliche Interaktion. „Überzeugungsarbeit“ heißt dabei nicht nur, von einem bestimmten Vorgehen zu überzeugen, sondern, wie hier ersichtlich, auch von der Bedrohlichkeit der Erkrankung. Diese Bedrohung muss den Patientinnen einleuchten, um sie in die Behandlung einzubinden. Nur indem die Frau die biomedizinische Perspektive von Krankheit, Bedrohung, Behandlung und Aussicht auf Heilung in ihre Sichtweise integriert, kann sie in der Institution Krankenhaus aufgenommen werden (vgl. Holmberg, 2005).

Das Bemühen des Oberarztes, die Patientin von seiner Methode zu überzeugen, wird von einem Einwurf der Patientin jäh unterbrochen: „Das ist mir ganz klar, aber ich habe einfach Angst vor der Punktierung“ (P., Z.109). Hier beginnt die eigentliche Kommunikation und Auseinandersetzung mit dem weiteren Vorgehen. Denn auch die Patientin kommt ihrerseits nicht als ein unbeschriebenes Blatt in die Konsultation. Sie hat bestimmte Bedürfnisse, Präferenzen und Ängste. In diesem Fall hat die Patientin von mehreren Bekannten gehört, dass eine Vakuumstanze sehr schmerzhaft sein soll. Davor hat sie Angst, deshalb würde sie die Risiken einer Narkose auf sich nehmen, in der Hoffnung, nichts von dem Eingriff zu spüren. Deutlich wird an diesem Einwurf aber auch, dass Frau Nowack tatsächlich schon die Auseinandersetzung an anderer Stelle geführt hat (mit Frau Dr. Feller), denn es ist ihr „ganz klar“. Das Zurückhalten dieser Information bis zu diesem Zeitpunkt könnte man folgendermaßen interpretieren: die Patientin hat mit Frau Dr. Feller das Für und Wider der jeweiligen Untersuchungen durchgesprochen und den Eingriff per Vakuumstanze abgelehnt. Die Überweisung an die gynäkologische Abteilung interpretierte die Patientin als Zusage, hier einen Termin für den operativen Eingriff zu erhalten, und sieht damit die Entscheidung für sich als getroffen an. Deshalb wiederholt sie die Auseinandersetzung nicht noch einmal, ihrerseits hatte sie sich schon entschieden. Vielleicht fällt es der Patientin auch nicht leicht, über ihre Angst vor der Untersuchung zu sprechen, und sie vermied das Thema deshalb so lange, jetzt

sieht sie es aber für notwendig an, ihre Bedürfnisse und Ängste zu äußern. Eine andere Lesart wäre, dass die Patientin aufgrund des Nichtakzeptierens des „Befundes“ und der daraus resultierenden Bedrohung für sich keinen Handlungsbedarf sieht.

Der Oberarzt reagiert auf diesen Einwand, indem er sein bisheriges Muster der Überzeugungsarbeit verlässt und nachfragt: „Warum?“ (A., Z.110). Diese kurze Nachfrage löst bei Frau Nowack einen Erzählanreiz aus. Hier gewinnt man zum ersten Mal den Eindruck eines gemeinsamen Gesprächs und Austausches. Jetzt liegt die Sache auf dem Tisch, und Frau Nowack erklärt: „Ich weiß es nicht, ich habe schon so viel schlimme Sachen gehört, dass das so irre weh tun soll“ (P., Z.111). Mit dem Beginn „Ich weiß es nicht“ betont die Patientin jedoch, dass sie es als Laiin nicht wissen kann, wie schmerzhaft die Untersuchung wirklich ist. Gleichzeitig kann man diesen Beginn als eine Anerkennungskommunikation begreifen (Messmer, 2003, S.153). Diese Muster der Anerkennungskommunikation findet man häufig bei Frauen. Der sich anbahnende Konflikt wird durch diesen Beginn entschärft. Die Patientin weiß es ja auch nicht so genau, aber sie hat es gehört. Damit bleibt sie, trotz ihres Widerspruchs, in ihrer Rolle der Unwissenden und Unerfahrenen und der Arzt in seiner Rolle als der Wissende. Dadurch fühlt sich der Arzt befähigt, ihr nochmals die Risiken einer Narkose und Operation aufzuzählen; er endet mit: „Ich wollt’s Ihnen nur sagen. Wenn Sie sagen, nein, ich will’s trotzdem ...“ (A., Z.122-123).

Viele Ärzte interpretieren das Prinzip des Informed Consent so, dass letztlich die Entscheidungsmacht immer beim Patienten liegt. Für die Ärzte selbst beginnt hier ebenfalls ein Konflikt, der darin liegt, eine Untersuchungs- oder Behandlungsmethode durchzuführen, der sie selbst nicht zustimmen. Wenn die Patientin bei ihrem „Nein“ bleibt, muss er entweder den operativen Eingriff durchführen oder sie entlassen und sagen, das könne er nicht verantworten. Dann wird sie entweder den Eingriff an einem anderen Behandlungsort durchführen lassen oder, wie sie zuvor bereits andeutete, gar nichts machen. Dass eine Patientin sich gegen eine Empfehlung des Arztes entschied, kam im Rahmen der Studie immer wieder mal vor. Diese Fälle wurden ärztlicherseits genauestens dokumentiert, wodurch der rechtliche Rahmen, in dem die Aufklärung stattfindet, offenbar wird. Der Arzt muss sich absichern gegen Vorwürfe einer medizinischen Falschbehandlung oder eines Unterlassens notwendiger Behandlungen.

Mit der Andeutung des Arztes, dass die Patientin aber auch die Möglichkeit habe, weiterhin bei ihrem Nein zu bleiben, macht er sie offen für seine Sichtweise. Denn bislang sind seine Ausführungen auch von Seiten der Patientin nicht angehört worden. Mit der Einführung des Themas Angst sowie der Zusicherung, dass sie jederzeit das letzte Wort habe, möchte nun die Patientin ihrerseits über die zweite Variante informiert werden: „...und wie wird das genau gemacht? Also da wird zuerst, mit einer Nadel wird das alles betäubt, mit einer kleinen oder wie?“ (P., Z.124-125). Um sich wirklich mit den beiden Methoden auseinander setzen zu können, muss sie sich als Laiin ein Bild davon machen können. In welche Situation wird sie sich begeben, wenn sie sich doch umentscheidet? Der Arzt sieht nun seine Chance und erläutert:

A.: Normalerweise liegen Sie auf dem Bauch, die Brust hängt durch so 'ne Öffnung auf dem Röntgentisch durch, dann werden Sie auch so ein bisschen mammographiert und aber das, wo die Nadel reinkommt, durchstößt, wird die Haut normalerweise lokal betäubt, das können Sie auch verlangen.

P.: Aber nur äußerlich!?

A.: Ja, aber schon auch in der Tiefe, in der Tiefe spüren Sie das gar nicht so, das was schmerzhaft ist, wenn's durch die Haut durchgeht, dort sind die Schmerznerven, in der Brust ist nicht so viel Schmerznerven. Aber Sie können bestehen auf eine Betäubung. Dann sticht mir niemand, nein, ohne dass ich da lokal betäubt bin.

P.: Stimmt des?

A.: Ja, hm, so weiß ich es zumindest, also ich, ich, ich meine, ich halte gerade mal den Kopf hin für andere, die es machen ja, aber prinzipiell sollte es man so machen.

P.: Und das würden Sie jetzt selber nicht machen?

A.: Nein, ich kann das nicht, ich kann dieses Mammographiegerät nicht bedienen, das computertechnisch das ausrechnet, wo das hin muss.

P.: Mhm

(Z.126-141)

Zum einen versucht der Arzt der Patientin die genauen Abläufe zu schildern und ihr somit ein Bild zu verschaffen. Die beschwichtigenden Worte „ein bisschen mammographiert“ sollen die Patientin beruhigen – dabei kann man selbstverständlich nicht bloß ein „bisschen mammographieren“. Äußern die Patientinnen Ängste oder Befürchtungen, wird häufig ein Interaktionsmuster der Beschwichtigung und Beruhigung herangezogen. Doch führt dies nicht immer zum gewünschten Ziel, da die Ängste der Patientinnen in einer von Beschwichtigung geprägten Interaktion auf keine Resonanz stoßen und sich die Patientinnen somit nicht ernst genommen fühlen. Indem die Ärzte ihnen vermitteln, alles sei nicht so schlimm wie befürchtet, werden die Empfindungen und Ängste der Frauen negiert.

Häufig wünschten sich Patientinnen ein beruhigendes Gespräch. Die totale Aufklärung empfand manche Patientin als psychische Zumutung. Beruhigende Worte jedoch, die nur beschwichtigen, ohne das Erleben der Patientin zu berücksichtigen, verunsicherten eher. Mit der Vorwegnahme der Empfindung, dass es nicht schlimm werde, überschreitet der Arzt seinen Verantwortungsbereich. Letztlich kann er nicht wissen, ob die Patientin die Vakuumstanze als schmerzhaft empfinden wird. Schmerzen sind zutiefst subjektiv. Hinzu kommt, dass der Arzt als Mann sicherlich niemals eine Mammographie oder eine Vakuumstanze am eigenen Leib erfahren hat. Hier wird die Kompetenz und Verantwortung der Frau für den eigenen Körper verletzt. In der Erfahrungswelt der Ärzte, die durch Operationen, Untersuchungen und Behandlungen gewohnt sind, körperliche Grenzen zu überschreiten, ist dies ein alltäglicher Vorgang. Dass er an dieser Stelle zu weit gegangen ist, bemerkt der Arzt jedoch und revidiert die Aussage, nachdem die Patientin seine Glaubwürdigkeit hinterfragt. Der Arzt spricht dabei sehr engagiert. Er mag die Patientin, er will, dass sie in seinem Sinne die bessere Methode durchführen lässt, er wünscht sich, dass es so ist, wie er es schildert, nämlich schmerzfrei. Er weist sie darauf hin, dass sie das Recht zur Betäubung und somit Schmerzfreiheit hat. Wieder gerät er in die Konstellation, für eine andere Abteilung zu sprechen. Er übernimmt nicht nur zu viel an Verantwortung für die Patientin, sondern auch für eine Kollegin, worauf er dann auch hinweist. Danach folgt eine Sequenz, in der nochmals die Vor-

und Nachteile zwischen Patientin und Arzt hin und her erörtert werden, bis es zur Abmachung kommt. Denn das Ziel des Gespräches ist es, zu einer (Be-)Handlungsfähigkeit zu gelangen.

Hier kann man sich natürlich fragen, warum man den Konflikt, der ja doch noch nicht ganz ausgeräumt ist, nicht etwas ruhen lässt. Schließlich handelt es sich hier um einen unklaren Befund von Mikrokalk, der keineswegs lebensbedrohlich ist. Die Eile, die hier angeblich geboten ist, ist für Außenstehende (und wohl auch für die Patientin) nicht nachvollziehbar. Allerdings: ohne „Lösung“ des Konflikts würde die Patientin nun wieder entlassen werden, und würde sie dann in einem halben Jahr einen Knoten entdecken, wäre dieser Tatbestand für den Arzt gefährdend. Es könnte ihm vorgeworfen werden, eine notwendige Abklärung des Befundes unterlassen zu haben. Um den Arzt gegen diesen Vorwurf abzusichern, müsste die Patientin per Unterschrift bestätigen, über das Risiko einer eventuellen Erkrankung aufgeklärt worden zu sein und ein weiteres Abklären des Befundes nicht gewünscht zu haben.

Die Aushandlung geschieht folgendermaßen:

- A.: Also das, ich hänge jetzt mal meinen Kopf für fremde Leute in die Schlinge, aber normalerweise dulden das und ertragen die Frauen ganz zufriedenstellend, dass sie sagen, ist keine tolle Untersuchung, aber es war ohne Probleme auszuhalten, das ist so dabei das, was wir dabei kriegen.
- P.: Mhm, gut. Bleibt mir nix anderes übrig.
- A.: Doch, Sie sagen, schön, gesagt, ich will es anders, dann mach ich's anders, aber ich find's nicht gut.
- P.: Gut, ja, Sie sind Fachmann.
- A.: Es ist Ihre Gesundheit.
- P.: Ja, hm.
- A.: Ja?
- P.: Gut.
- A.: Nee, ok, find ich wirklich besser. [dreht sich zur Kamera] Dann machen wir das irgendwie möglichst organisiert.
- A2: Ja, müssen wir machen morgen?
- A.: Ja, ich meine, wir haben sie jetzt quasi überzeugt und wir haben sie vom OP-Plan runter, also da müssen die das morgen auch für uns machen. [lacht] Ja?
- P.: Gut.
- A.: Ja? Da können Sie auch morgen heimgehen.
- P.: Ja?
- A.: Ja, sicher!
- (Z.182-207)

Die Patientin stimmt der Entscheidung des Arztes zu. Dies will der Oberarzt aber so nicht stehen lassen und geht nochmals einen Schritt zurück. Hierbei betont er, dass sie die Entscheidungsmacht hat, aber er persönlich die Entscheidung nicht mittragen würde. In dem folgenden Wortwechsel (P.: „Sie sind Fachmann.“ A.: „Es ist Ihre Gesundheit.“) wird versucht, die jeweiligen Kompetenz- und Verantwortungsbereiche nach einer Reihe von Übergriffen wiederherzustellen. Der Arzt betont damit aber auch, dass er im Sinne der Gesundheit der Patientin handelt und nicht in eigennützigem Sinne, wie sein Engagement vermuten lassen würde.

Mit dem Einwand des zweiten Arztes, ob denn nun die Untersuchung morgen schon sein müsse, wird erneut das schnelle Vorgehen hinterfragt.

Kurz vorm Ende des Gesprächs ergreift die Patientin abermals das Wort, um ihre eigentlichen Befürchtungen anzusprechen: „Ja, und wenn sich aber jetzt was Negatives rausstellt?“ (P. Z.199) Der Arzt erläutert dazu, dass die Wahrscheinlichkeit, dass etwas Negatives (im medizinischen Sinne: Positives) gefunden werde, bei beiden Methoden gleich hoch sei und dass sie in diesem Fall nochmals operiert werden müsste. Für die Patientin ist nun wichtig, bis wann sie dieses Ergebnis erhält.

Der Abschluss eines Gesprächs wird normalerweise durch einen Aushandlungsprozess der Akteure vollzogen (Bergmann, 1980, S.48), in einem „pre-closing“. Dazu werden einleitende Abschlussformeln und körperliche Signale gesendet, die eine Beendigung des Gesprächs signalisieren. Dieses wurde in den Aufklärungsgesprächen meist vom Arzt eingeleitet, indem er das weitere Vorgehen mit der Patientin und den Ärzten besprach. Der Patientin vermittelt dies den Abschluss des Gesprächs. In einer asymmetrischen und hierarchischen Beziehung wird das Ende des Gesprächs nicht gemeinsam ausgehandelt, sondern es ist der Ranghöhere, der darüber bestimmt. Dieses Vorgehen wird meistens akzeptiert. Auch Frau Nowack versteht die Zeichen des pre-closing, will aber, bevor sie wirklich auseinander gehen, diese für sie wichtige Frage stellen. Der Arzt ist jedoch schon bei der Planung des weiteren Vorgehens. Diese Abschlussequenz, in der die Patientinnen zum Ende hin noch ihre Befürchtungen aussprechen, wurde in den Filmaufnahmen öfter angetroffen (Klein, 2006). Klein schreibt in ihrer Analyse der Aufklärungsgespräche dazu: „Laut Christian Heath, der einen konversationsanalytischen Ansatz verfolgt, läuft auch das Ende eines Gesprächs in einer Art turn-taking ab.“ (Klein, 2006, S.83). Gerade aber am Ende eines Gesprächs werden oftmals psychosoziale Faktoren von Seiten der Patienten angebracht, was Heath als das „by the way“-Syndrom bezeichnet. Dies stellt sich dann häufig als Nachteil für die Patientinnen heraus, da zum Ende hin die Aufmerksamkeit schon reduziert ist. (Klein, 2006, S.83f.; vgl. Heath, 2004, S.128-152).

Die wesentliche Frage, was passiert, wenn wirklich Brustkrebs entdeckt wird, beschäftigte die Patientin sicherlich schon vom ersten Verdacht an. Aber erst nachdem sich das Ende des Gesprächs ankündigt, wird diese Frage von ihr aufgeworfen. Für eine ausführliche Antwort bleibt nun keine Zeit mehr. Hier sind zwei Interpretationen denkbar: Zum einen hat die Patientin vielleicht erst durch die Aufklärung des Zusammenhangs von Mikrokalk und Brustkrebs den Verdachtsbefund begriffen, zum zweiten könnte ihre starke Angst vor einer Erkrankung eine Auseinandersetzung mit der Bedrohung verhindert haben. Da sie erst jetzt die Frage stellt, wird sie diese Auseinandersetzung nicht wirklich führen müssen, ein Widerspruch, der häufiger zu beobachten war. Der Arzt hingegen vermeidet dieses Thema sicherlich, weil eine Aufklärung über Brustkrebs und dessen Behandlung in seinem Sinne zu weit führen würde. Denn im Falle eines negativen Befundes (im medizinischen Sinne) würde er hier im Vorfeld agieren und die Patientin mit Themen konfrontieren, die in diesem Stadium zu vage wären. Der Zeitpunkt, wann welche Informationen gegeben werden, ist abermals schwierig zu bestimmen. Somit wird erneut auf eine „bruchstückhafte Aufklärung“ zurückgegriffen, in der nur der jeweils nächste Handlungsschritt vereinbart wird.

Am Ende des Gesprächs fühlt sich der Arzt in der Schuld der Patientin: er weiß, dass er sie massiv überzeugt hat. Das war sein Ziel, und er hat es erreicht. Das Ende wirkt wie nach einer geschlagenen Schlacht. Dies war harte Arbeit, Arbeit die zur Folge hat, eine Patientin vom OP-Plan zu streichen, eine zusätzliche Arbeit, die als unangenehm empfunden wurde. Jedenfalls hinterlässt die Aufnahme diesen Eindruck – schließlich wurde dieses Überzeugungsgespräch gefilmt, und dass es bestimmt nicht das Ideal von SDM abbildet, ist dem Arzt sicherlich bewusst. Aber es spiegelt ein häufiges Interaktionsmuster innerhalb von Aufklärungsgesprächen wider: das Verhandeln von Ungewissheiten und das Überzeugen von einer Vorgehensweise, die letztlich für beide Akteure ungewiss ist. Obwohl die Stimmung zwischen Arzt und Patientin gut war und sie sich anscheinend sympathisch waren,⁵ bleibt ein schales und unbefriedigendes Gefühl zurück.

Dass Aufklärungsgespräche für Ärzte und Patienten häufig unbefriedigend laufen, wird durch viele Studienergebnisse gestützt (Kerr et al., 2003; Runge, 2004). Vor allem onkologische Gespräche stellen häufig eine Belastungsquelle für Patienten und Ärzte dar. Das Überbringen schlechter Nachrichten ist dabei ein Teil des Gesprächs, der diese emotionale Belastung für die Betroffenen wie den Überbringer mit sich bringt. Eine weitere Quelle der Unzufriedenheit sind die Verhandlungen über Ungewissheiten. Die meist aversiven Themen und Entscheidungen werden in einem Möglichkeitsraum vermittelt. Eine Vermittlung nach SDM-Vorgehen kann die Ungewissheit weiter verstärken. Will man SDM im Aufklärungsgespräch mit primär erkrankten Brustkrebspatientinnen implementieren, sollte man über dieses Bedingungsgefüge reflektieren. SDM stellt sich im Untersuchungsfeld als gemeinsames Aushandeln und Umgang mit diesen Ungewissheiten dar.

5 Dies kann man an den Scherzen erkennen, wie auch an der Sprachanpassung der beiden Akteure: Sie näherten sich in dem Gespräch sprachlich von Dialekt und Rhythmus her aneinander an. Der österreichische Dialekt der Patientin wurde vom Arzt aufgegriffen, die schnelle Sprechweise des Arztes wiederum von der Patientin.